

CO34-003-f

La VO₂max chez les patients douloureux chroniques : effet d'un programme de quatre semaines de réadaptation

F. Doury Panchout^{a,*}, J.-C. Metivier^b, B. Fouquet^c^a Service de médecine physique et réadaptation, hôpital Trousseau, CHU de Tours, 2, boulevard Tonnellé, 37000 Tours, France^b Service de médecine physique et réadaptation, CHIC Amboise Château-Renault, France^c Fédération universitaire inter-hospitalière de médecine physique et réadaptation, CHU de Tours, Tours, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : florence.dourypanchout@gmail.com

Mots clés : VO₂max ; Déconditionnement ; Réadaptation ; Douleur chronique
Contexte.— Il existe chez les patients douloureux chroniques un déconditionnement aérobie qui participe au maintien en situation d'incapacité et de handicap. Notre objectif est d'étudier la variation de la VO₂max après 4 semaines de réadaptation chez des patients douloureux chroniques.

Méthodes.— Il s'agit d'une étude prospective sur 121 patients douloureux chroniques (lombalgie chronique, syndrome douloureux chronique du membre supérieur ou syndrome douloureux chronique multifocal). Nous avons mesuré la VO₂max à l'aide d'un analyseur d'échanges gazeux au cours d'une épreuve d'effort sur cycloergomètre avant et après 4 semaines de réadaptation associant travail aérobie, renforcement musculaire, ergothérapie et assouplissements.

Résultats.— Après un programme de 4 semaines, nous avons observé une amélioration statistiquement significative de la VO₂ au seuil SV1 ($p = 0,0007$) et de la VO₂max (SV2) ($p < 0,0001$) ($22,2 \pm 5,8$ mL/kg/min avant réadaptation vs $23,9 \pm 5,2$ mL/kg/min après), et une amélioration de la répartition des patients selon les catégories de la classification de Shvartz : 88 patients (72,7 %) étaient en catégorie « 1 » (la plus faible) avant réadaptation pour 60 patients (49,6 %) après, 24 (19,8 %) en catégorie « 2 » avant pour 42 (34,7 %) après. Quatorze pour cent des patients avaient une VO₂max inférieure à 17 mL/kg/min avant réadaptation pour seulement 8,3 % après réadaptation.

Discussion.— Le programme de réadaptation proposé permet une amélioration des capacités aérobies chez les patients douloureux chroniques. Cependant, la VO₂max à la fin du programme reste, chez 120 patients, inférieure à la moyenne pour l'âge et le sexe. La poursuite d'une activité aérobie régulière est donc indispensable au décours du programme de réadaptation.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.212>

CO34-004-f

Intérêt d'une fiche de rééducation pour la prise en charge de patients souffrant d'un syndrome du muscle piriforme

F. Michel^{*}, P. Decavel, L. Tatu, E. Toussiro, S. Aubry, E. Aleton, B. Parratte

CHU Jean-Minjoz, boulevard Fleming, 25000 Besançon, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fmichel@chu-besancon.fr

Mots clés : Muscle piriforme ; Sciatique ; Traitement rééducatif

Objectif.— Le syndrome du muscle piriforme (SMP) est souvent responsable de douleurs chroniques et invalidantes. Sur le plan thérapeutique, de nombreux auteurs valident l'intérêt d'une prise en charge rééducative centrée sur le muscle piriforme. Pour autant, cette dernière est généralement citée en association avec des gestes infiltratifs de produits anesthésiques, de corticoïdes ou de toxine botulinique. Notre objectif était d'évaluer les résultats d'une prise en charge rééducative dirigée sur une large population de patients.

Patients et méthode.— Nous avons étudié, sur une série de 250 patients avec SMP, les résultats à 6 et 12 semaines d'une prise en charge couplant 3 séances de masso-kinésithérapie par semaine à une auto-rééducation quotidienne à domicile. Les techniques d'auto-rééducation étaient expliquées durant la consultation et des fiches explicatives de rééducation étaient remises au patient (l'une pour le kinésithérapeute, l'autre pour le patient).

L'intensité de la douleur était évaluée par le biais d'une échelle visuelle analogique (EVA), respectivement pour la douleur fessière et pour la douleur

sciatique. Les résultats étaient évalués en « mauvais », « moyen », « bon » et « très bon », face à la persistance, la diminution ou la disparition de la symptomatologie douloureuse selon l'appréciation du patient pour la fesse et pour la sciatique. Un traitement par myorelaxant et antalgiques de niveau 1 à 2 était systématiquement associé.

Résultats.— Après 12 semaines de prise en charge par le protocole médicamenteux et rééducatif, 128 patients (51,2 %) décrivaient une guérison, avec disparition complète de la douleur sciatique (délai moyen de 4 semaines) et de la douleur fessière (délai moyen de 7 semaines). Une réévaluation à 6 mois permettait de confirmer la stabilité des résultats.

Conclusion.— Ce travail souligne l'intérêt de privilégier dans un premier temps la prise en charge rééducative. La sensibilisation du patient mais aussi du kinésithérapeute par l'intermédiaire d'une fiche de conseils semble intéressante. Cette fiche, probablement perfectible, insiste sur des soins rachidiens (assouplissements et gainage abdominal) associés aux soins centrés sur le bassin et tout particulièrement le muscle piriforme (massages, étirements...). Les résultats sont encourageants permettant d'obtenir un peu plus de 50 % de guérison après quelques semaines de prise en charge.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.213>

CO34-005-f

Les douleurs chroniques dans le syndrome périodique associé à la cryopyrine : étude rétrospective française de 133 patients

L. Houx^{a,*}, X. Guennoc^b, I. Kone-Paut^c, E. Hacchulla^d, P. Quartier^e, G. Grateau^f, M. Hamidou^g, A. Pagnier^h, B. Nevenⁱ, L. Cuisset^j, O. Remy-Neris^k, V. Devauchelle^l^a Service de médecine physique et réadaptation, CHRU Morvan, 2, avenue Foch, 29609 Brest, France^b Service de rhumatologie, hôpital de Saint-Brieuc, France^c Centre de référence des maladies auto-inflammatoires, hôpital Kremlin-Bicêtre, Bicêtre, France^d Service de médecine interne, hôpital Claude-Huriez, Lille, France^e Service de pédiatrie, immunologie et hématologie, hôpital de Necker-Enfants-Malades, Paris, France^f Service de médecine interne, hôpital de Tenon, AP-HP, Paris, France^g Service de médecine interne, CHU, Nantes, France^h Service hématologie-oncologie et immunologie pédiatriques, CHU, Grenoble, Franceⁱ Service d'immunologie-hématologie, hôpital Necker, AP-HP, Paris, France^j Service de génomique, épigénétique et physiopathologie de la reproduction, hôpital Cochin, Paris, France^k Service de médecine physique et réadaptation, France^l Service de rhumatologie, service de pédiatrie, EA 2216, CHRU Cavale Blanche, Brest, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : laetitia.houx@chu-brest.fr

Mots clés : Syndrome périodique associé à la cryopyrine ; Arthralgie ; Arthrite ; Douleur chronique

Objectif.— Le syndrome périodique associé à la cryopyrine (CAPS) est une maladie héréditaire inflammatoire, rare, liée à une mutation du gène *NLRP3* associant 3 pathologies de gravité croissante : l'urticaire familial au froid, le syndrome de Muckle-Wells et le CINCA (chronique, infantile, neurologique, cutané, articulaire). Les symptômes douloureux articulaires sont souvent décrits mais leur fréquence a été peu étudiée. L'objectif est d'évaluer la fréquence, la topographie et la prise en charge des douleurs dans une population de CAPS.

Méthode.— Étude multicentrique, nationale, rétrospective évaluant au moyen d'un questionnaire les manifestations douloureuses, les traitements et l'imagerie ostéo-articulaire dans une population française de CAPS.

Résultats.— Cent trente-trois patients dont 33 enfants (âge moyen $33,79 \pm 18,68$) ont été inclus. Au cours du suivi de 124 patients, 109 patients (88 %) ont présenté des arthralgies localisées essentiellement au niveau des genoux (53 %), chevilles (48 %), poignets (29 %) et mains (31 %) et 72 patients (58 %) des synovites. Les tendinopathies surtout du tendon d'Achille ont été ressenties dans 22 % cas, des points douloureux surtout dorsaux dans 15 % et

des myalgies dans 33 % des cas. Trois patients ont présenté une déformation spécifique du genou par hypertrophie des cartilages de conjugaison et des épiphyses. Vingt pour cent présentent une boiterie à la marche fréquemment secondaire à un fessum de genou. Sur 120 patients, 61 % patients prennent régulièrement des antalgiques et 42 % des AINS. Au moment de l'étude, sur 38 % des patients présentant des arthralgies : 44 % n'ont pas de traitement spécifique et 28 % sont sous traitement spécifique anti-IL1. Aucun patient ne bénéficie spécifiquement de kinésithérapie. Seulement 33 % des patients douloureux ont bénéficié d'une radiographie dont 9 % de mise en évidence d'arthropathie destructrice.

Discussion.— Les symptômes douloureux chez les patients CAPS sont donc fréquents avec des atteintes principalement au niveau des membres inférieurs. La plupart des patients bénéficient d'un traitement par anti-IL1 qui permet une régression importante des symptômes. Cependant, la fréquence rapportée des douleurs, l'existence de douleurs musculaires et de limitations articulaires contrastent avec la faible prise en charge réalisée tant sur le plan radiologique que kinésithérapique. Un bilan en MPR pourrait être proposé dans cette population spécifique.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.214>

CO34-006-f

Volition et lombalgie chronique : ce que nous apprennent les patients



C. Mathy^{a,*}, C. Cedraschi^b, A. Azzi^c, J.-P. Broonen^d, Y. Henrotin^a

^a Service de kinésithérapie et de réadaptation fonctionnelle, hôpital Princesse-Paola, Vivalia, rue du Vivier, 96900 Marche-en-Famenne, Belgique

^b Centre multidisciplinaire de la douleur, Service de pharmacologie et toxicologie cliniques, service de médecine interne de réhabilitation, hôpitaux universitaires de Genève, faculté de médecine, université de Genève, Genève, Suisse

^c Unité de psychologie sociale, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, université libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

^d Laboratoire de psychologie du travail et de la consommation, faculté des sciences psychologiques et de l'éducation, université libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : celine.mathy@ulg.ac.be

Mots clés : Analyse de contenu ; Lombalgie ; Volition ; Exercices physiques ; Barrières et facilitateurs ; Douleur

Objectif.— Notre objectif est d'explorer, de décrire et de comprendre la volition des patients lombalgiques chroniques par rapport aux exercices physiques, c'est-à-dire ce qui leur permet d'initier et de maintenir la pratique régulière d'exercices physiques thérapeutiques.

Patients et méthode.— Une analyse de contenu d'entretiens semi-structurés réalisés auprès de 30 patients souffrant de lombalgie chronique non spécifique et 8 professionnels de la santé régulièrement impliqués dans la prise en charge de patients lombalgiques chroniques. Les participants ont été interrogés sur leur capacité physique, les barrières et les ressources à la réalisation des exercices et enfin les stratégies mises en place pour réaliser les exercices physiques.

Résultats.— Les patients se disaient généralement motivés pour faire des exercices physiques à leur domicile et pensaient que ceux-ci n'avaient pas d'effets négatifs sur la lombalgie. De nombreux participants ont pourtant reconnu ne pas les pratiquer régulièrement. Les principaux obstacles à la réalisation des exercices étaient : le manque de temps, la fatigue, le manque de résultats, la douleur et le fait d'avoir d'autres priorités. Les principaux facilitateurs étaient la pratique des exercices en groupe, l'aide du thérapeute, la planification, un environnement favorable, le plaisir associé aux exercices physiques, la crainte d'une récurrence de la douleur et enfin la douleur elle-même.

Discussion.— L'analyse de contenu a permis de montrer que les récits autorisent les patients à exprimer leur vécu de lombalgie avec leurs propres mots. Elle aide à expliquer les raisons des échecs de la rééducation et à informer les professionnels de la santé sur les stratégies thérapeutiques à utiliser pour faciliter la poursuite des exercices. La volition est une dimension importante mais encore méconnue entre la motivation et la réalisation d'une action. Ce travail constitue une base solide pour développer un questionnaire évaluant les

capacités volitionnelles des patients lombalgiques chroniques, apportant ainsi un nouvel éclairage sur les processus de kinésiophobie et de chronicisation.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.215>

CO34-007-f

Le syndrome d'Ehlers-Danlos : de la souffrance à la réadaptation



C. Hamonet^{a,*}, A. Gompel^b, D. Fredy^c, D. Deparcy^d, J.-M. Rochet^e, G. Mazaltarine^f

^a Service de MPR, Hôtel-Dieu de Paris, 1, place du Parvis Notre-Dame, 75181 Paris cedex 04, France

^b Département gynécologie médicale, hôpital Cochin-Port Royal, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris cedex 14, France

^c Service d'imagerie médicale morphologique et fonctionnelle, hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France

^d Hôpital Gustave-Dron, 155, rue du Président-Coty, BP 619, 59208 Tourcoing cedex, France

^e Clinique Les trois soleils, 77310 Boissise le Roi, France

^f Service de médecine physique et de réadaptation, hôpital Henri-Mondor-Albert-Chenevier, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pr.hamonet@wanadoo.fr

Mots clés : Syndrome Ehlers-Danlos ; Médecine physique et réadaptation ; Orthèses ; Impulsator-percussionnaire ; Oxygénothérapie ; Vêtements compressifs

Introduction.— Le syndrome d'Ehlers-Danlos est l'expression clinique d'une atteinte génétique diffuse, fréquente, du tissu conjonctif, souvent très handicapante [1]. Elle est très mal diagnostiquée du fait de descriptions incomplètes ou erronées, à l'origine de bien des avatars diagnostiques et thérapeutiques. Il est pourtant facile de la reconnaître [2] avec certitude, à partir d'un score en sept points (6 critères cliniques et la présence d'un autre cas familial). Un traitement efficace est possible.

Observations.— Notre expérience clinique porte sur 1500 cas de syndrome d'Ehlers-Danlos, suivis sur 16 ans, diagnostiqués sur l'association : douleurs intenses, diffuses et rebelles, hypermobilité, asthénie, fragilité cutanée, désordres proprioceptifs, hémorragies. Les mécanismes responsables sont : fragilité des tissus, syndrome proprioceptif par perturbation des signaux des capteurs immergés dans des tissus pathologiques, rôle de traumatismes cérébraux, présence d'une dystonie, d'une dysautonomie, de troubles cognitifs, rôle des facteurs hormonaux dans une population féminine à 82 %. Ceci a servi à imaginer un protocole de soins. Huit cent quatre-vingt-dix patients en ont bénéficié.

Troubles proprioceptifs : vêtements compressifs, orthèses plantaires, palmaires, lombaire, dispositifs à mémoire de forme, kinésithérapie proprioceptive, ergothérapie.

Douleurs : TENS, emplâtres, injections de lignocaïne, chaleur, kinébalnéothérapie, oxygénothérapie, L-Carnitine, Lioréal. Fatigue : oxygénothérapie, Impulsator[®] HCTM, L-Carnitine, vitamine K, et C, traitement de la dystonie : amantadine. Troubles cognitifs (mémoire, attention) : orthophonie. Fatigue visuelle et convergence : orthoptie. Reflux gastro-œsophagiens : oméprazole 20 à 40 mg 2 à 3 fois par jour. Troubles proprioceptifs majeurs : sièges moulés, orthèse de marche avec pièce de hanche ou tracteurs élastiques. La chirurgie fonctionnelle est habituellement un échec. Jamais de manipulation cervicale.

Discussion.— La mise en œuvre implique une éducation du patient, en lien avec des associations. Les résultats sont nettement positifs, notamment pour les vêtements compressifs et l'impulsator-oxygénothérapie.

Références

[1] Hamonet C, Mazaltarine G, Deparcy D. Ehlers-Danlos, un syndrome ignoré. *Apport de la médecine de réadaptation*. *Lett Med Phys Readapt* 2011;27:196–202.

[2] Hamonet C, et al. "Ehlers-Danlos syndrome (about 664 cases). Statistical analysis of clinical signs from 644 patients with a Beighton scale $\geq 4/9$ ". Poster, First international Symposium on the Ehlers-Danlos syndrome, September 8th–11th 2012, Ghent, Belgium.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.216>